

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° 69

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

RENÉ PARISOT

Né le 8 Mars 1891. à Paris

INCISION POSTÉRIEURE SUS-ILIAQUE

DANS CERTAINES FORMES

D'ABCÈS APPENDICULAIRES

Président : M. LECÈNE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

RENÉ PARISOT

Né le 8 Mars 1891, à Paris

INCISION POSTÉRIEURE SUS-ILIAQUE

DANS CERTAINES FORMES

D'ABCÈS APPENDICULAIRES

Président : M. LECÈNE, Professeur



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
México-Chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABÉE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD MARFAN NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	N...
Maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	{ PIERRE DELBET LEJARS HARTMANN GOSSET
Clinique chirurgicale	{ DE LA PERSONNE LEGUEU BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique ophtalmologique	J.-L. FAURE
Clinique des maladies des voies urinaires	Aug. BROCA
Clinique d'accouchements	VAQUEZ
Clinique gynécologique	SEBILEAU
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique	
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	FISSINGER	LELORIER	RETTERRER
BAUDOUIN	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLEMINOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A.)
CHEVASSU	GUILAIN	MATHIEU	TANON
CHIREY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CLERC	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

*Qu'il me permette de lui témoi-
gner ma sincère gratitude pour
les conseils qu'il m'a prodigués
et l'excellent accueil qu'il m'a
toujours réservé.*

LES ABCÈS PÉRI-APPENDICULAIRES.

Partie de l'appendice, l'infection peut se localiser autour de cet organe ou diffuser dans la grande cavité péritonéale ou donner naissance à des lésions lointaines sans continuité avec le cœcum (par propagation sanguine ou lymphatique.)

Les lésions péri-appendiculaires seront différentes suivant la position de l'organe, l'intensité de l'infection, la résistance du sujet. La tendance aux adhérences est propre aux infections atténuées ; dans ce cas la suppuration s'enkyste au milieu des fausses membranes qui la séparent de la grande cavité péritonéale.

L'infection peut se faire par ulcération des parois de l'appendice, c'est ainsi qu'on a pu trouver dans le pus des abcès péri-cœcaux des calculs (biliaire ou stercoral, obs. 10) mais elle peut également se produire au travers de parois non ulcérées.

Or on a décrit une foule de positions de l'appendice, à chacune correspond un siège d'abcès : il n'est guère de point de la cavité abdominale où l'on ne puisse trouver une collection purulente d'origine appendiculaire.

Nous n'envisagerons ici que les abcès péri-appendiculaires à localisation postérieure ou postero-externe :

a) : rétro-cœcaux.

b) : rétro-coliques.

c) : latéro-cœco-coliques.

La connaissance de ces formes suppurées est relativement récente. L'affection dont mourut Gambetta n'avait pas été diagnostiquée : l'observation rapportée dans les Cliniques de Lannelongue est intéressante :

OBSERVATION de GAMBETTA

*(empruntée aux Cliniques de Lannelongue 1905
et résumée)*

La santé de Gambetta laissait à désirer depuis un an, il éprouvait fréquemment des malaises intestinaux dont il répugnait de parler. Monsieur Gambetta père, interrogé sur les antécédents pathologiques de son fils, citait une affection abdominale du côté droit qui dura trente-deux jours, qui avait donné de telles inquiétudes qu'on crût l'enfant perdu : il était alors âgé de 11 ans.

Au cours de cette affection, il y aurait eu des évacuations dans lesquelles on aurait trouvé du pus.

Le 9 Décembre 1881, en allant à la selle il ressentit une vive douleur dont il précise mal le siège. Cependant il n'y a nulle part d'empâtement et il se plaint à peine quand on presse sur le flanc ou sur la région lombaire, la température oscille autour de 36,8.

Le 17 Décembre M. Siredey constate un empâtement douloureux et très circonscrit dans la fosse iliaque droite, on pense à une typhlite.

Le 19, le ventre est souple, l'exploration de la fosse iliaque est facile et peu douloureuse. La pression accentuée de la région lombaire ne révèle pas de sensibilité. La température oscille entre 36,5 et 39.

Le 27 le tympanisme s'exagère, la peau est devenue sensible, la cuisse droite a tendance à se mettre en flexion.

Lannelongue pense à une collection suppurée rétro-cœcale et proposa de l'inciser ; mais son conseil ne fut pas suivi par les autres chirurgiens.

Le 29 un érysipèle se déclare sur le côté droit, la mort survient le 31.

Durant toute la durée de la maladie, il y eut à peine un ou deux vomissements.

Au protocole d'autopsie faite par Cornil nous trouvons : « une large et profonde infiltration purulente en arrière du côlon et dans la paroi abdominale ainsi qu'un léger degré de péritonite généralisée qui s'est produite pendant les derniers moments de la vie.

L'appendice, qui portait deux perforations, contournaît l'extrémité inférieure du cœcum puis se repliait de bas en haut pour passer en dessous et en arrière du cul-de-sac cœcal ».

Le diagnostic des abcès appendiculaires ne devait se préciser que plusieurs années après. Les formes postérieures ont été très bien étudiées dès 1888 par Nancrède, Chirurgien américain ; dans le Medical

News (vol. 52 page 570) il fut l'un des premiers qui décrivit bien cette forme.

Plus tard l'étude en fut reprise par Cavaillon et Chabanon, Vignard en 1907 (Province Médicale — 16 Mars 1907, 30 Mars et 6 Avril 1907).

Kelly dans son beau livre sur l'appendicite en 1909 essaye d'en fixer la clinique, enfin en 1913 Bérard et Vignard étudient avec soin les abcès rétro-cœcaux et rétro-coliques.

Bonneille consacre sa thèse (Lyon 1913) à l'étude de ces abcès.

LES ABCÈS RÉTRO-CŒCAUX ET LATÉRO-CŒCO-COLIQUES.

Les positions postérieures de l'appendice sont plus souvent observées par les chirurgiens que par les anatomistes et semblent plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

Le météorisme du cœcum produirait l'allongement et l'abaissement de cet organe et si l'appendice est libre, à méso lâche et un peu flottant, son passage en arrière se produirait, des fausses-membranes s'y fixeraient (opinion défendue par Mariau en 1900 et par Lanz en 1911).

Cette position rétro-cœcale serait donc secondaire à une ou plusieurs poussées inflammatoires préalables : de fait les abcès postérieurs succèdent généralement à une série de crises d'appendicite (dans 60 cas sur 90 d'après Kelly).

L'appendice, en situation postérieure, est surtout rétro-colique, le cœcum pendant presque tout entier au-dessous du point d'implantation de l'appendice sur la paroi interne : il répond au muscle et à l'aponé-

vrose iliaques dont il n'est séparé que par le fascia rétro-péritonéal.

L'existence de ce plan aponévrotique, quoiqu'il soit fragile, explique ce fait que la grande majorité des abcès rétro-cœcaux sont et restent intra-péritonéaux : les localisations purulentes rétro-péritonéales sont très rares.

L'appendice postérieur est sous le cœcum, surtout sous le côlon, à une hauteur parfois considérable puisqu'on l'a signalé remontant jusque sous le foie.

« La disposition anatomique la plus favorable au développement d'un abcès rétro-colique est l'accolement du cœcum et du côlon au péritoine pariétal par leur bord externe à l'aide d'un repli pariéto-colo-cœcal. Si ce repli est court, l'abcès fortement bridé en dehors ne pourra s'étendre qu'en haut et en dedans très loin de la paroi, profondément dissimulé ; peu de signes pourront le faire reconnaître.

Si ce repli est plus long, l'abcès pourra venir affleurer la paroi abdominale à la partie moyenne de la crête iliaque. En dedans l'abcès est limité par le repli péritonéal formé par le double feuillet du mésentère, les adhérences endigueront le pus dans le sens transversal. (Berard et Vignard.)

FORMES CLINIQUES

Forme suraiguë

L'infection particulièrement virulente, se propageant d'emblée à toute la séreuse se rencontre bien plus rarement dans les cas d'abcès rétro-cœcal que dans les cas où l'appendice est en position normale, en contact immédiat avec les anses grèles. Si néanmoins cette diffusion intrapéritonéale de l'infection se produit, on assiste alors au grand syndrome péritonéal suraigu (vomissements répétés, facies péritonéal, pouls rapide, ballonnement du ventre).

Forme aiguë

La forme aiguë avec formation d'abcès est la plus communément observée : la séreuse a eu le temps de se cloisonner ou bien l'infection moins virulente ne se diffuse pas.

On trouve, généralement, dans les antécédents des malades, *plusieurs crises douloureuses* (66 % Kelly).

Le malade est pris brusquement de douleurs abdominales qui, d'abord diffuses, se localisent promptement à la fosse-iliaque droite ; on note un ou

deux vomissements, de la constipation ou une ou deux selles diarrhéiques. La fièvre s'établit au-dessus de 38°, le pouls monte à 100.

Le ventre est rarement ballonné, pas de plastron, la paroi toutefois est moins souple à droite qu'à gauche. Le point où la douleur s'accuse maxima à la pression n'est pas au point dit de Mac Burney mais bien plus en dehors et en arrière, il est latéro-lombaire.

Si, faisant soulever le malade, on explore la région lombaire, où les plans mous remplissant l'échancrure costo-iliaque sont sous-jacents au côlon ascendant, *on réveille une vive douleur.*

Déprime-t-on la paroi abdominale parallèlement à l'arcade crurale, on éprouve une difficulté très marquée à pénétrer dans la fosse iliaque. Quand la palpation profonde est possible, en l'absence de défense musculaire, il sera possible de percevoir un empâtement profond ; dans quelques cas on éprouvera une vague sensation de rénitence voire même de vraie fluctuation.

Le toucher rectal est susceptible de donner quelquefois des renseignements : il sera parfois possible de sentir à bout de doigt, une masse de consistance variable, en haut et à droite de l'excavation pelvienne mais dans ces cas, le plus souvent, cette exploration rectale ne donnera rien de précis.

Il est encore un symptôme capable de guider le clinicien : le psoas, irrité par le voisinage de l'abcès rétro-cœcal, se contracture et détermine ainsi une

légère flexion de la cuisse avec abduction : l'extension de la cuisse est incomplète et si l'on emploie la force, une légère ensellure lombaire compensatrice se dessine ; cette posture de voisinage a été bien décrite par Couraud (Thèse de Lyon 1894).

L'examen du sang pratiqué à ce moment, montrant une hyperleucocytose à grande prédominance polynucléaire, confirmera l'existence d'un foyer suppuré.

Forme subaiguë

À côté de ces formes bien caractérisées, on observe une variété d'abcès rétro-cœcaux, assez fréquente, où les signes sont beaucoup plus flous.

Le malade est pris de malaises, de frissons et d'une légère douleur diffuse de la fosse iliaque droite qui attire l'attention du médecin vers la région cœcale.

La fièvre est minime, s'établit autour de 38°, on n'observe ni ballonnement, ni hyperesthésie cutanée de la paroi.

La diète et la glace calment en partie les phénomènes douloureux.

Toutefois la palpation profonde de la fosse iliaque dénote un certain degré d'empâtement, la région lombaire est sensible à la pression.

Des crises douloureuses se renouvellent, l'empâtement augmente : une intervention révélera la présence d'un abcès volumineux, quoique la température n'ait guère dépassé 38°.

Le caractère clinique de ces formes d'abcès appen-

diçulaires est donc remarquable par l'absence ou la faiblesse de la réaction péritonéale (vomissements, hoquet, facies grippé, ballonnement).

Il semble que l'affection est extrapéritonéale.

Contenu de la collection purulente.

Le volume de l'abcès est très variable, il ne renferme parfois que quelques gouttes de pus, il peut au contraire contenir plus d'un litre de pus. Le liquide est séro-purulent ou purulent et exhale une forte odeur fétide, caractéristique, souvent fécaloïde.

L'appendice est quelquefois libre dans le pus, d'autres fois intimement collé aux parois, d'autres fois sphacélé en partie ou en totalité.

On y rencontre également des concrétions fécales : calcul stercoral, de volume et de forme variables, ressemblant à des pépins ou à des noyaux : ces corps étrangers seront le point de départ de suppurations prolongées si le chirurgien ne procède pas à leur suppression.

En résumé, en présence d'un malade ayant présenté une série d'accès douloureux abdominaux, plus marqués à droite, légèrement fiévreux, avec douleur à la pression en arrière dans la région ilio-lombaire droite, sensation d'empâtement profond, avec rénitence, le chirurgien doit penser à l'existence d'un abcès postérieur d'origine appendiculaire, même en l'absence de signes de réaction péritonéale et surtout s'il y a une légère flexion de la cuisse avec abduction.

DIAGNOSTIC

Avant de passer à l'intervention, le chirurgien est amené à discuter son diagnostic ; il devra éliminer :

a) la *typhlite stercorale*, qui se rencontre principalement chez les femmes âgées, ptosées et surtout chez les constipés chroniques. On pourra palper un boudin de consistance mollassse, la recherche de l'hyperleucocytose sera négative et la paroi abdominale n'est pas contracturée.

b) l'*adénite de la fosse iliaque externe*. L'affection n'évolue pas par crises ; on en trouve, généralement l'origine (plaie du pied ou de la jambe).

c) la *colite aiguë* : où le côlon donne la sensation d'une corde roulant sous le doigt.

d) le *phlegmon périnéphrétique*. Les commémoratifs ne sont pas les mêmes : chez l'un on relève un passé rénal, chez l'autre un passé digestif.

Le phlegmon périnéphrétique peut avoir un début particulièrement brutal avec fièvre élevée, frissons et tous les symptômes d'infection grave. La paroi postérieure s'œdématie et rougit rapidement.

La pression douloureuse sur l'uretère au niveau du

promontoire peut simuler le « point de Marc Burney ». Il faut d'ailleurs remarquer que, quand le pus d'un phlegmon périnéphrétique sera descendu vers la fosse iliaque, les commémoratifs seuls pourront donner une indication, car l'abcès rétro-cœcal d'origine appendiculaire peut donner des symptômes très analogues.

La *pyonéphrose* : on trouve une tumeur globuleuse, à contour réniforme, située plus haut, le ballotement rénal et le vrai contact lombaire dans l'angle costo-vertébral sont caractéristiques. Les urines ont été troubles à un moment donné, ou parfois le sont encore et il y a de la pollakiurie.

La *typhlite* ulcéreuse : le diagnostic ne pourra être posé qu'après découverte d'une perforation colique, c'est d'ailleurs là une affection extrêmement rare.

La *salpingite* : la perception d'une tuméfaction douloureuse du cul-de-sac droit, avec immobilité de l'utérus chez une femme ayant présenté des antécédents (fausse-couche, infection gonococcique) écartera l'idée d'appendicite.

L'abcès appendiculaire, étant le diagnostic auquel l'examen permet de s'arrêter, il importe d'en déterminer la situation, le mode d'intervention en dépend essentiellement.

L'incision sus-iliaque ne pouvant s'adresser qu'aux abcès-rétro ou latéro-cœcaux, il faudra éliminer :

1° les *abcès diaphragmatiques* à symptômes bien spéciaux.

2° les *abcès iliaques*, on sent dans la fosse iliaque

un plastron dont le centre est plus dépressible, la recherche du « point de Marc Burney » ou « de Lanz » révèle une violente douleur,

3° les *abcès péri-ombilicaux* où le plastron est plus haut, plus central.

4° les *abcès pelviens* : c'est le toucher rectal ou vaginal qui fournira le plus d'indications ; il faut d'ailleurs toujours recourir à ces explorations dans tous les cas d'appendicite aiguë. Il pourra être difficile de savoir si l'abcès pelvien est le résultat d'un appendice en position basse ou s'il est le prolongement d'un foyer rétro-cœcal, cependant l'absence de tout empâtement profond dans la fosse iliaque, l'absence de douleur dans la région lombaire seront des signes qui feront penser à un abcès pelvien primitif.

ÉVOLUTION

Lorsque l'on a reconnu l'existence d'un de ces abcès rétro ou latérocœcaux, il y a lieu de se demander quelle va être leur évolution.

1° Ils peuvent donner lieu à des accidents toxiques et emporter promptement le malade (ce fait est d'ailleurs assez rare.)

2° Ils peuvent, sous l'influence du repos, de la glace, entrer dans une phase de silence, mais généralement après une tolérance plus ou moins prolongée, on observe une recrudescence au cours de laquelle des accidents sont possibles.

3° Les abcès peuvent rompre la barrière que leur opposent les pseudo-membranes qui les enkystent et donner lieu soit à une péritonite généralisée soit à une collection intra-abdominale, à distance du foyer primitif.

4° Ils peuvent se propager au tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque, engendrer un abcès sous-phrénique et une pleurésie purulente.

5° Ils peuvent enfin et c'est un cas assez fréquent, entre le 10^{me} et le 17^{me} jour, s'évacuer dans le canal

intestinal à travers le cœcum, l'origine du côlon et tout exceptionnellement la portion terminale de l'iléon.

Le lieu d'élection de ces perforations, qui évacuent l'abcès rétro-cœcal, est la face postéro-interne du cœcum et du côlon ascendant (15 cas sur 17 évacuations intestinales d'après Bull.)

Le malade éprouve une douleur très vive avec sensation de déplétion brusque, était syncopal, selles diarrhéiques avec pus mêlé aux matières liquides.

L'évacuation du pus peut être quelquefois la guérison avec assèchement du foyer ; mais souvent l'obturation de l'orifice insuffisant ne permet plus le drainage, la poche s'infecte par le contenu intestinal, la fièvre prend le type oscillatoire des suppurations mal drainées avec sueurs profuses et diarrhée. Le malade meurt cachectique à moins que des phénomènes péritonéaux ou que des complications septico-pyohémiques ne viennent brusquer le dénouement.

Le pronostic reste donc très grave (Villaret cite 3 guérisons sur 15 cas), infiniment plus grave que l'évacuation des abcès pelviens par le rectum, qui elle est bien souvent la guérison spontanée de ces collections.

L'intervention par incision et drainage de la collection purulente s'impose donc dès que l'on est sûr qu'il y a du pus collecté.

TECHNIQUE DE L'INTERVENTION.

Pour aborder ces collections, les chirurgiens ont employé différentes voies, nous précisons bien que nous ne parlons ici que des cas où l'abcès est rétro-cœcal, rétro-colique ou latéro-cœco-colique sans prolongement pelvien ni diaphragmatique.

La technique varie selon les idées générales qui président à l'intervention.

A certains chirurgiens voulant absolument, dans tous les cas, réséquer l'appendice, point de départ et cause de l'abcès, il faut un grand jour pour poursuivre la découverte certaine de cet organe : opération particulièrement difficile lorsqu'il est englobé en arrière dans un vaste gâteau d'adhérences.

« L'appendice est tout, l'abcès n'est rien » a-t-on dit (Professeur Delbet cité dans la thèse de Duteuil Lyon).

La laparotomie latérale en pénétrant par le bord externe du grand droit est alors l'intervention qui permettra de découvrir la région rétro-cœcale le plus facilement.

La collection est abordée en passant par la grande

cavité péritonéale ; malgré l'aspiration du pus, malgré la couche des compresses protectrices refoulant les anses grêles, le chirurgien a des chances d'infecter le péritoine et de provoquer une péritonite généralisée.

Certains chirurgiens même ont montré le plus profond mépris pour ce danger, le prof. Poirier écrit en 1901 :

« Nous pénétrons par le bord externe du grand droit et nous allons à la recherche de l'appendice, sans aucun souci d'épargner la grande cavité péritonéale, nous cherchons aussi laborieusement et aussi loin que possible ».

En 1902 revenant sur la question, il maintient :

« Les faits m'ont démontré que les craintes d'infections du péritoine étaient vaines, bientôt j'arriverai à l'ouvrir de propos délibéré, les doigts souillés du pus des abcès péri-appendiculaires » (Bulletin de la Société de Chirurgie 1901 et 1902).

Ces craintes ne sont pourtant pas illusoires, beaucoup de chirurgiens sont d'accord sur le fait : témoin l'observation suivante due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Lecène :

Femme de 37 ans, très grasse, en général bien portante, opérée le 18 Juin 1919.

Antécédents, fièvre typhoïde en 1918. Depuis sa fièvre typhoïde la malade présentait de temps à autre des vomissements auxquels elle n'attachait aucune importance.

Le 7 Juin présente un malaise général au réveil. Après le repas de midi, présente un vomissement très

abondant qui dure jusqu'au soir, la malade ne présentait pas de constipation, va à la selle le même jour. On note une douleur vive dans le ventre, la malade alitée ne peut faire le moindre mouvement. La douleur dure jusqu'au 11, il n'y a plus eu de vomissements. Le 11 la température axillaire est de 38°,6, le 12 il n'y a plus d'hyperthermie.

Le 13 Juin, à l'examen, on constate que la douleur spontanée a disparu. A la palpation le ventre se montre moins souple à droite qu'à gauche. Douleur réveillée par la palpation profonde au niveau du point de Marc Burney. La malade n'a plus présenté de vomissement, pas d'hyperthermie.

Opérée le 18 Juin par M^r le Prof. Lecène.

Anesthésie générale. Incision iliaque droite, dissociation musculaire, on trouve le cœcum adhérent à la fosse iliaque, on décolle, on ouvre ainsi un abcès qui contient près d'un grand verre à boire de pus fétide, l'appendice n'est pas recherché. Gros drain dans l'espace rétro-cœcal, 2 crins doubles sur la peau, (on n'insiste pas dans le décollement et la recherche appendiculaire parce qu'on rencontre une peine énorme et le tout collé.)

Malgré la protection de la cavité péritonéale, du pus fétide s'est écoulé au moment de l'ouverture de l'abcès.

Mort par septicémie progressive le 20 Juin.

Pour éviter cette complication, le prof. Quénu a proposé l'opération en deux temps, pour cloisonner la cavité.

Les abcès appendiculaires sont généralement

abordés par l'incision dite « incision de Roux » ; au cours de l'intervention, la position postérieure de la collection purulente ayant été souvent méconnue, on est amené à prolonger l'incision dans sa partie supéro externe pour aborder la face externe du cœcum.

Aux chances d'infection s'ajoute la difficulté d'un bon drainage ; de plus, on observe de nombreuses éventrations pour peu qu'on ait été amené à utiliser des drains volumineux et laissés longtemps en place.

Ces inconvénients graves n'ont pas échappé aux chirurgiens qui ont eu des insuccès par cette méthode, aussi ont-ils cherché d'autres voies d'accès.

Ils ont pensé utiliser la voie postérieure par où se faisait autrefois la recherche du cœcum pour anus lombaire (ancien procédé de Callisen).

Edebohls en 1895 semble le premier avoir abordé l'appendice par voie postérieure (*American Journal of Obstetrics* 1895) par une incision lombaire analogue à celle de la néphropexie mais prolongée en bas et en avant. Elle permettait de faire la néphropexie et du même coup d'enlever l'appendice par mesure de précaution.

Cette idée fut reprise par le prof. Legueu en 1913.

Grinda, de Nice en 1897 préconise au Congrès de Moscou une incision lombo-iliaque s'étendant en arrière du bord externe de la masse sacro-lombaire s'incurvant en bas parallèlement à la crête iliaque, à un travers de doigt au-dessus d'elle pour se terminer à 3 centimètres en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure,

Kelly, dans son livre très documenté, en 1909, préconise, à propos de l'appendicite retro-cœcale, une incision rappelant celle d'Edebohls. Cette incision est sus-jacente à la crête iliaque droite. Il a employé, plusieurs fois, avec avantage, cette incision postérieure.

Ces chirurgiens n'ont guère été suivis : on reprochait à cette intervention de pouvoir méconnaître un prolongement pelvien ; un toucher rectal ou vaginal attentif permettent généralement le diagnostic ; un drainage complémentaire du cul-de-sac de Douglas sera, dans ce cas, plus efficace, du fait de sa position, qu'un drainage pelvin.

La recherche de l'appendice, que d'aucuns considèrent comme nécessaire, peut être plus difficile que par les autres voies : mais est-il prudent de poursuivre sa recherche au milieu des fausses-membranes qui forment la poche du kyste et qui l'englobent ?

Les chirurgiens, actuellement, sont peu enclins à détruire volontairement ces barrières opposées à l'infection, tout en réséquant l'appendice toutes les fois que son ablation semble possible.

D'ailleurs cette appendicectomie est parfaitement possible par l'incision sus-iliaque comme nous le verrons plus loin.

Nous croyons donc qu'une incision ilio-lombaire est la meilleure pour l'ouverture d'une collection postérieure, c'est elle que pratique M. le Professeur Lecène.

Voici la description de sa technique.

INCISION SUS-ILIAQUE POSTÉRIEURE

Intervention. — Manuel opératoire

Anesthésie générale ou rachianesthésie suivant les cas.

L'incision sera faite à deux centimètres au-dessus de la crête iliaque et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, le malade étant couché sur le côté gauche de façon à mettre bien en évidence la région où l'on opère.

L'incision coupe les fibres musculaires du grand oblique parallèlement à leur direction : puis on dissocie le muscle petit oblique et le transverse qui sont entièrement musculaires à ce niveau : l'artère circonflexe iliaque profonde sera saisie et liée dans la partie inférieure de la plaie.

On arrive ainsi sur le tissu cellulaire rétropéritonéal qui est généralement œdémateux et infiltré.

Avec des écarteurs bien placés, on aperçoit alors le cul-de-sac péritonéal externe, formé par le fascia transversalis et le péritoine pariétal.

Après avoir bien exposé ce cul-de-sac, on l'incise prudemment et généralement, à ce moment, lorsqu'il

s'agit d'un abcès bien collecté, le pus, toujours fétide, rarement bien lié, s'écoule en plus ou moins grande abondance.

Le pus évacué, on recherche, sans insister, si l'on



aperçoit l'appendice sphacélé ou nettement reconnaissable dans la paroi de l'abcès. Si on ne voit pas de suite l'appendice, nous pensons qu'il est imprudent de le chercher dans ce cas.

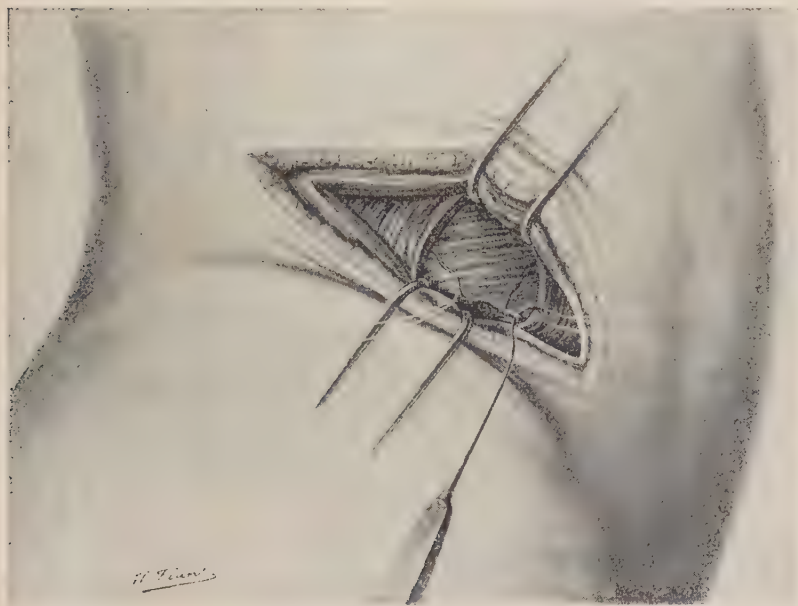
Un ou deux gros drains sont mis en place dans le foyer purulent.

La plaie pariétale est laissée entièrement ouverte

ou rétrécie, à ses angles, par deux crins qui prennent la totalité des plans.

L'expérience nous a montré qu'il était préférable de ne pas suturer ces plaies opératoires, surtout en plusieurs plans.

L'incision ainsi faite, courte et basse, presque au

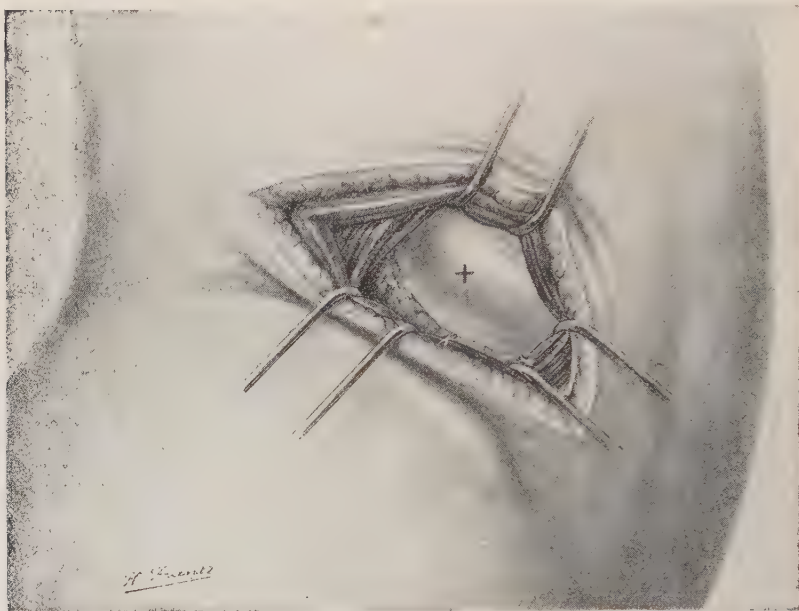


contact de l'os, n'expose pas du tout aux éventrations, d'après ce que nous avons pu observer.

Telle est la technique dans les cas d'abcès appendiculaires rétro-cœcal ou latéro-cœcocolique.

Lorsqu'on intervient plus précocement et qu'il n'y a encore qu'un début de formation d'abcès, il est bon de rechercher l'appendice et de l'enlever : la technique est analogue jusqu'à l'incision du péritoine, ce temps

compris. Une fois le péritoine ouvert, on écarte la levre interne de la plaie, on protège la région cœcale par une compresse tassée et l'on décolle doucement



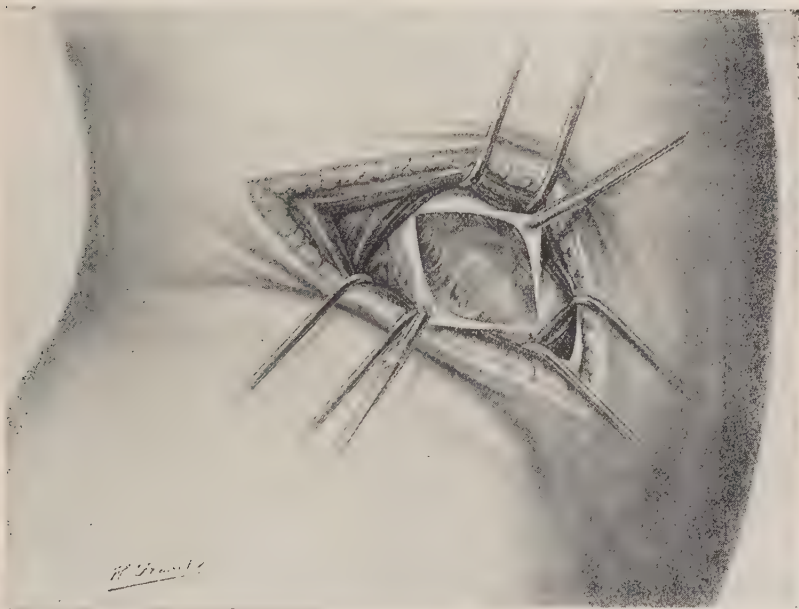
les adhérences qui unissent le bord externe du cœcum et l'origine du côlon ascendant avec le péritoine pariétal : on ouvre ainsi l'espace rétrocœcal et l'on recherche l'appendice ; dans les 3 ou 4 premiers jours de la crise, il est généralement facile de le trouver, enflammé, quelquefois déjà sphacélé.

Il faut faire avec grand soin l'hémostase du mésentérique et la section de l'appendice au ras du cœcum avec ligature et thermocautérisation du moignon.

Il est même très bon, croyons-nous, de toujours

chercher à enfouir ce moignon appendiculaire, lorsque l'état du péritoine le permet.

Il faut aussi, croyons-nous, toujours drainer le décollement rétro-latéro-cœcal, au moins pendant quelques jours avec une mèche et un drain, toutes les fois que le foyer inflammatoire rétrocœcal contient encore



dés escarres et des tissus nécrosés, or c'est la règle dans ces formes postérieures de l'appendicite ; si, au contraire (cas exceptionnel) on avait trouvé un appendice malade depuis peu seulement et que l'on ait pu péritoniser complètement, on pourrait s'abstenir de drainer. Mais autant cette pratique nous semble recommandable et fréquemment indiquée dans les

formes antérieures et antéro-internes de l'appendicite aiguë en péritoine libre, autant elle nous semble risquée et imprudente dans les formes postérieures, les seules que nous envisagions ici.

Avantages de cette technique.

Par cette technique on n'a aucune chance d'ensemencer la grande cavité péritonéale puisqu'on ne la voit pour ainsi dire pas, qu'on opère en dehors d'elle, au-delà de la zone d'adhérences.

Le drainage est particulièrement efficace, le malade étant couché, le pus, par l'effet de la pesanteur a une tendance naturelle à se porter en bas et à s'évacuer facilement, il s'écoulera certainement mieux que par incision iliaque antérieure.

Cette nécessité de drainer en arrière avait préoccupé déjà certains chirurgiens qui complétaient leur incision antérieure par une contre-ouverture lombaire (Villemain 1906).

Enfin elle expose moins que toute autre à l'éventration quand on est obligé de drainer largement ; les fibres du transverse dissociées ont tendance à se réunir spontanément et à former une cicatrice solide.

La nécessité de dissocier le transverse plutôt que de le sanctionner avait été envisagée par Chaput quand il avait proposé en 1905 une incision horizontale partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et se portant directement en dedans, mais dans le cas d'abcès rétro-cœcaux, cette incision est trop interne pour être utilement employée.

Nous basons notre manière de voir sur les 11 observations suivantes dues à l'obligeance de M. Le Professeur Lecène.

Obs. I. — Homme, 57 ans, opéré le 4 mars 1917.

Le 4 Janvier 1919, le malade ressent des douleurs diffuses dans le ventre, pas de vomissement. Deux jours après les douleurs s'accroissent et se localisent à droite. Le malade s'alite, les douleurs s'atténuent en 3 jours. Il entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. le Prof. Hartmann) et reste hospitalisé 15 jours avec de la glace sur le ventre, température maxima 38° 6. Il quitte ce service et entre à la maison Dubois.

Le malade est un constipé chronique.

Le 3 mars on trouve à la palpation : pas de douleurs abdominales, pas de plastron, le malade n'a jamais présenté de vomissements. La palpation profonde de la région sus-jacente à la crête iliaque droite est plus sensible que dans la fosse iliaque. On porte le diagnostic d'appendicite rétro-cœcale.

Opération : 4 Mars. Mr le prof. Lecène.

Incision sus-iliaque très externe, dissociation musculaire, on décolle prudemment et on trouve un appendice rétro-cœcal.

Ablation de l'appendice, péritonisation complète, suture de l'espace mort rétro-cœcal. Réunion de la paroi sans drainage. Guérison.

Obs. II. — Jeune garçon, 13 ans.

Vu au 5^e jour d'une crise d'appendicite.

Le début remonte au 3 Janvier 1920, douleurs abdominales et vomissements, purgation par les parents : la fièvre qui était de 39° 5 le premier jour descend à 38° et reste à ce niveau pendant 3 jours.

Le 7 Janvier la fièvre remonte à 40°, la fosse iliaque droite est un peu plus résistante que la gauche, le reste du ventre est souple. Il existe une douleur vive localisée au-dessus de

la crête iliaque droite : à ce niveau, on sent un empâtement profond, la percussion donne en ce point de la submatité.

Opération le 8 Janvier 1920 (Mr le prof. Lecène).

Anesthésie générale à l'éther.

Incision sus-iliaque droite : dissociation musculaire.

On ouvre, après incision du péritoine, un abcès gazeux, à pus fétide, contenant une centaine de grammes de pus.

L'appendice sphacelé est trouvé nageant dans le pus.

Drain dans la cavité de l'abcès, suture partielle de la paroi. Guérison complète.

Le malade revu deux ans après, n'a pas d'éventration.

Obs. III. — Homme de 27 ans, entré le 31 mai à Saint-Louis.

Pas de crises antérieures.

Le 18 Mai 1920 présente quelques vagues prodromes, douleurs diffuses dans le ventre.

Le 19 mai : crise débutant dans la matinée, caractérisée par une douleur intense dans le ventre, surtout localisée dans la portion droite. Vomissements peu abondants, surtout alimentaires. A ce moment un médecin l'examine, le ventre était très sensible à l'exploration. Le malade ne peut préciser s'il avait ou non de la fièvre. Application de glace. La crise dure 4 ou 5 heures. Depuis cette date le malade reste alité avec une vessie de glace sur le ventre, diète hydrique. La douleur moins violente était localisée dans la fosse iliaque droite exagérée par la palpation.

Entre à l'hôpital le 31 mai, douleur spontanée peu vive, température max. 38°1. A l'inspection : rougeur de la paroi au niveau du flanc droit et un peu aussi au niveau de la fosse iliaque droite. A la palpation le ventre est souple à gauche, défense musculaire à droite. Dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, on constate une tuméfaction assez dure, un peu rénitente : c'est surtout au-dessus de la crête iliaque que l'on réveille de la douleur à la pression. A la percussion : matité au niveau du flanc droit.

Le 9 Juin, la paroi abdominale droite, en dehors de la

fosse iliaque, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure est épaissie, dure et rouge. Ablation de la vessie de glace.

Le 12 Juin: la paroi redevient souple, les téguments de couleur normale, mais il persiste une défense musculaire très nette, au-dessus de la crête iliaque droite.

Opération le 25 Juin 1920 (Mr le prof. Lecène).

Ether.

Incision sus-iliaque droite, dissociation musculaire, on trouve après décollement cœcal un appendice rétro-cœcal ayant été perforé à la pointe dans un abcès résiduel, qui persiste gros comme une noisette : ablation de l'appendice. Suture complète avec crins drainant la paroi. Guérison.

Obs. IV. — Jeune fille 17 ans 1/2 entrée le 7 Oct. 1920 à Saint-Louis,

Entre pour crise douloureuse abdominale durant depuis une semaine. Dans les antécédents, on trouve une rougeole dans l'enfance et un torticolis ayant duré deux mois.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement avec parfois 15 jours de retard ou un mois. Dernières règles vers le 14 Juillet 1920, sans signes de grossesse. Depuis le 27 ou 28 Sept. avait perdu l'appétit et avait quelques vomissements, sans céphalée.

Dans la nuit du 31 Septembre au 1^{er} Octobre 1920, elle est prise brusquement à 1 heure du matin de douleurs très vives surtout violentes dans le côté droit, se lève un peu dans la matinée et va, à pied, chez son médecin.

Le soir elle doit s'aliter et depuis ne s'est plus levée.

Depuis n'a pas trop souffert, mais depuis le 4 présente une diarrhée jaune (jus de melon).

Le médecin a ordonné de l'eau de Vals, de gros cachets et des applications huileuses sur le ventre. Depuis dimanche la malade a des plaques rouges sur les cuisses ressemblant à une éruption médicamenteuse, insomnie, pas d'épistaxis, pas de céphalée. Température 39, pouls 128.

Séro-diagnostic de Widal négatif.

Etat actuel : présente une éruption type médicamenteux

état pseudo-typhique, fièvre continue, pas de splénomégalie.

Dans la fosse-iliaque droite, gargouillements, douleur, à peine de résistance, mais au-dessus de la crête iliaque et en arrière on perçoit un empâtement profond avec défense musculaire et douleur à la pression.

La résistance avec submatité dans la région du flanc droit augmente le 14 et le 15, le 16 il y a de la fluctuation nette, on décide d'inciser.

Opération, le 16 oct. 1920, Mr le prof. Lecène.

Ether.

Incision ilio-lombaire à deux centimètres au-dessus de la crête iliaque droite, dissociation des muscles un peu infiltrés, péritoine scléreux. On ouvre une collection contenant du pus fétide, située au niveau du bord externe du côlon ascendant et bien limitée. On ne recherche pas l'appendice. Deux gros drains, fermeture partielle de la paroi. La fièvre tombe et les signes d'infection générale disparaissent en quelques jours.

Guérison.

Obs. V. — Jeune fille de 18 ans.

Entrée le 27 Décembre 1920 à Saint-Louis.

Sans antécédents. Le 20 décembre 1920 est prise dans la nuit vers 10 heures de nausées bientôt suivies de vomissements. Elle ressent une douleur d'abord généralisée puis localisée à la fosse iliaque droite. Elle a pris sa température fièvre assez élevée mais ne peut préciser. Elle fait venir un médecin qui prescrit la diète et l'application d'une vessie de glace, les symptômes s'amendent rapidement.

Le 25 Décembre, la malade est prise d'une nouvelle crise.

Douleurs moins violentes que la première fois, localisées à la fosse iliaque droite irradiant dans la région lombaire, pas de vomissements.

Le 27 Décembre entre à l'hôpital, fosse iliaque souple, résistance profonde à la palpation dans la région cœcale. Cette palpation est peu douloureuse mais on réveille une douleur très vive dans la région latéro-lombaire droite au-

dessus de la crête iliaque : il existe à ce niveau une défense musculaire nette et de l'empâtement profond.

Opération, le 30 Décembre 1920, Mr le Prof. Lecène.

Ether. Courte incision sus-iliaque, section du grand oblique puis dissociation des muscles petit oblique et transverse. Découverte du sac péritonéal épaissi, à son ouverture il s'écoule du pus fétide, rétro-cœcal. On ne recherche pas l'appendice. 2 gros drains. Guérison.

Obs. VI. — Jeune homme de 18 ans.

Entré à Saint-Louis le 18 Avril 1921.

A présenté une première crise, il y a 15 jours : douleur progressive d'abord généralisée à tout l'abdomen puis se localisant dans la fosse iliaque droite. Cette douleur persiste 4 jours en diminuant peu à peu. Un médecin consulté parle d'entérite, le malade reprend son travail au 5^e jour.

Vomissements alimentaires le 1^{er} jour, peu abondants.

Pas de constipation.

Deuxième crise, le 14 Avril 1921. Une violente douleur réveille le malade, la nuit. Elle persiste les jours suivants toujours localisée à la fosse iliaque droite. Pas de vomissements, prend une purgation, le 17 va consulter au dispensaire, entre à l'hôpital le 18.

Le 18. Malade fiévreux, pommettes rouges. Temp. 38. Pouls bien frappé, cicatrice de hernie opérée il y a 3 mois. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite et le flanc droit. A la palpation, plastron cartonné, occupant surtout la partie externe de la fosse iliaque : légère défense musculaire à ce niveau. Rien au toucher rectal.

Le 23 le plastron existe toujours, plus dur à la palpation et surtout plus externe ; c'est au-dessus de la crête iliaque qu'il y a le maximum de sensibilité et d'infiltration. Temp. 38°, 5, le pouls est bon.

Diagnostic : abcès latéro-réto cœcal d'origine appendiculaire.

Opération le 23 Avril 1921 (Mr le Prof. Lecène).

Ether.

Courte incision au-dessus de la crête iliaque droite.

Dissociation musculaire. On aperçoit le péritoine formant sac avec œdème du tissu cellulaire sous-péritonéal. On ouvre le péritoine et on évacue un abcès postéro-externe situé entre le cœcum et le péritoine pariétal, pus fétide. On ne cherche pas l'appendice. Drains. 2 petites mèches, aucune suture.

Guérison.

Obs. VII. — Homme de 24 ans, entré le 7 Juillet 1921 St-Louis.

Début violent le 4 Juillet, douleurs obligeant le malade à se courber en deux, malgré cela continue à travailler une journée, très fatigué; le médecin le met au lit avec des compresses chaudes et, le 3^e jour, l'envoie à l'hôpital.

Pendant ces 3 jours ni vomissements ni diarrhée, selles après lavement. Aucune crise dans les antécédents mais, pendant la guerre crise de diarrhée très persistante pendant une période de chaleur, sans douleur localisée à la fosse iliaque droite.

Actuellement on constate une défense musculaire très nette à la partie externe de la fosse iliaque droite, avec empâtement profond et vive douleur à la pression, le malade a de la fièvre, 39°.

Opération, le 8 Juillet 1921. Mr le prof. Lecène.

Ether.

Incision très externe au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et remontant au-dessus de la crête iliaque dissociation musculaire. A l'ouverture du péritoine infiltré, on évacue un abcès à pus fétide et peu abondant; on amène facilement l'appendice dans la plaie: appendice rétro-cœcal gangrené, ablation de cet appendice, enfouissement du moignon, mèche de gaze entourée de cellophane au contact du décollement rétro-cœcal.

Pas de suture de la plaie,

Guérison,

Obs. VIII. — Homme de 44 ans, entré le 15 Juillet 1921, St-Louis.

Le début remonte à 9 jours.

Le 6 Juillet 1921, au réveil, le malade souffre de l'estomac, sujet à ce genre de malaise, il ne s'inquiète pas et va à son travail : c'est une douleur vague, plutôt une gêne qui siège au creux épigastrique et dans l'hypocondre gauche et s'irradie au flanc droit, à la fosse iliaque droite, à la région inguinale et scrotale droite.

Le lendemain, se sentant toujours mal à l'aise, il prend une purgation qui agit violemment, à midi augmentation des douleurs qui se précisent dans les deux fosses iliaques. Le malade s'alite, le médecin ordonne de la glace puis le 8^e jour conseille l'entrée à l'hôpital.

Pendant ces 3 jours, le malade soumis à la diète hydrique, a deux selles normales, pas de vomissements, fièvre non précisée.

Antérieurement, en 1908, après ingestion de boissons glacées le malade est pris de douleurs abdominales, très vives qui le forcent, à se plier en deux : en même temps diarrhée intense. Admis d'urgence à St-Antoine (Service de Mr le Prof. Labbé) on le garde 20 jours à la diète avec compresses chaudes.

Depuis le malade reste délicat et se met de lui-même à un régime réduit.

Pendant la guerre, sous l'influence de la fatigue, il souffre souvent dans la région péri-ombilicale (douleur vive qui le force à se plier en deux, qui disparaît par le repos).

Rien de perceptible au toucher rectal.

A l'examen, dans la partie externe de la fosse iliaque et dans le flanc droit, on constate l'existence d'une tuméfaction diffuse, très douloureuse, submatité à la percussion. Le reste de l'abdomen est souple et dépressible.

Opération, le 16 Juillet 1921, Mr le Prof. Lecène

Incision d'un vaste abcès pyogazeux extrêmement fétide occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit. Incision très externe au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure,

Dissociation musculaire. Deux gros drains, pas de recherche de l'appendice,
Guérison.

Obs. IX. — Femme de 42 ans, entrée le 3 Octobre 1921.

Entre à la suite d'une crise d'appendicite dont le début remonte à 8 jours pleins. Toujours bien portante, un enfant il y a 15 ans. Constipation opiniâtre habituelle.

Le 25 Sept. 1921, était en train de faire son ménage quand elle ressent une vague douleur dans le ventre. N'y prête pas attention mais dans la journée la douleur augmente d'intensité au point d'obliger la malade à se coucher. Elle vomit deux fois un liquide bilieux. Glace dès le début. Le 26 fièvre, 39°.

Le médecin la suit 8 jours et voyant que les phénomènes ne s'amendent pas assez vite, lui conseille d'aller à l'hôpital.

Le 3 Octobre, à l'examen, gros plastron dans la fosse iliaque droite et le flanc droit. La tuméfaction diffuse s'étend surtout en dehors vers le flanc et la région lombaire; la pression réveille une vive douleur et à la palpation profonde on perçoit de la fluctuation.

Au toucher rectal on trouve de la sensibilité et de la résistance du cul-de-sac latéral droit mais sans collection; l'utérus est mobile.

Opération, le 4 Octobre 1921, Mr le Prof. Lecène.

Ether.

Courte incision au-dessus de la crête iliaque droit à la partie antérieure, dissociation musculaire, le sac péritonéal est infiltré.

A l'ouverture du péritoine, évacuation d'un gros abcès à pus fétide qui est retro-latero-cœcal, odeur gangréneuse.

On laisse deux drains dans le foyer.

Guérison.

Obs. X. — Jeune fille de 17 ans.

Entrée le 25 nov. 1921 à Saint-Louis.

La malade a été opérée le 11 août 1921 pour abcès appen-

diculaire retro-cœcal à pus fétide. L'abcès a été incisé très en arrière, sus-iliaque, suivant la méthode du service, drainage. La malade s'améliore beaucoup, finit par se cicatriser presque complètement sauf une petite fistule en cul-de-poule. La malade continuant à suppurer, on affirme le diagnostic de corps étranger, très probablement un calcul stercoral, on met une laminaire et on espère faire sortir ce corps étranger par la plaie : résultat négatif.

Opération, le 25 nov. 1921, Mr le prof. Lecène.

Incision antérieure iliaque, dissociation musculaire.

On trouve le cœcum et le côlon ascendant plaqués contre la fosse iliaque, on trouve l'appendice retro-cœcal et dans un reliquat d'abcès un calcul stercoral gros comme un noyau de datte, avec un peu de pus. Drain par la contre-ouverture lombaire, fixation du cœcum pour recouvrir l'abcès. Ablation de l'appendice. Fermeture de l'incision de la paroi en 3 plans.

Guérison complète.

Obs. XI. — Jeune homme de 15 ans 1/2.

Entré le 5 Janvier 1922. St. Louis.

Pas d'antécédents pathologiques, mais nettement infantile pas de puberté à 15 ans.

A présenté une première crise douloureuse, il y a un an, avec douleurs dans la fosse iliaque droite, quelques vomissements.

La crise actuelle a débuté le jeudi 30 décembre 1921, il y a donc un peu plus d'une semaine.

Douleur qui devient rapidement violente, siège toujours à droite, dans la fosse iliaque. Vomissements alimentaires nombreux depuis le début, pas de constipation, n'a pas vu de médecin avant le 4 Janvier, sa température n'a pas été prise.

A l'entrée, fièvre 39°,5, pouls bien frappé à 106. Bon facies. Dans la fosse iliaque droite, grosse masse dure, douloureuse, répondant à la moitié externe de la fosse iliaque droite et se prolongeant vers le flanc droit et la région lombaire droite, vague sensation de fluctuation profonde mais

la vive douleur réveillée par la pression empêche de bien préciser.

Opération, 9 Janvier 1922, Mr le prof. Lecène.

Ether.

Incision sus-iliaque droite nettement en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dissociation du transverse après section du grand oblique et du petit oblique, ouverture de l'abcès qui contient un pus fétide et se trouve inter-cœcolopariétal.

Gros drain fixé.

Guérison.

Dans les onze cas inédits que nous rapportons ici et qui tous proviennent de la pratique du Professeur Lecène, la guérison des malades a été simple et rapide après l'intervention. Les malades avaient une cicatrice solide sans tendance à l'éventration.

Un malade revu au bout de deux ans avait une cicatrice parfaitement solide qui lui permettaient de se livrer à tous les exercices physiques. —

CONCLUSIONS

Pour intervenir sur les abcès appendiculaires rétro-cœcaux, rétro-coliques ou latéro-cœco-coliques, l'incision postérieure sus-iliaque est le procédé de choix.

Voici ses avantages :

1° elle diminue énormément les chances d'infection de la grande cavité péritonéale.

2° elle permet un drainage très efficace.

3° elle n'expose pas à l'éventration post-opératoire.

4° elle conduit à une intervention simple et rapide, qualité précieuse chez des malades qui sont souvent gravement infectés.

5° elle permet parfaitement d'enlever l'appendice lorsque cette ablation semble nécessaire.

Vu, le Doyen :

H. ROGER.

Vu, le Président :

LECENE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

NANCREDE. — *Médical New*, 1888.

CAVAILLON ET CHABANON. — *Prov. médicale*, mars 1907.

VIGNARD. — Avril 1907.

KELLY. — Appendicite.

BONNEILLE. — Thèse de Lyon, 1913.

BÉRARD ET VIGNARD. — Appendicite.

GUINARD. — Affections de l'abdomen.

DUTEUIL. — Thèse de Lyon.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
85, RUE CHABAUDY. — NIORT
